

福祉サービス第三者評価結果表

① 第三者評価機関名

特定非営利活動法人エール・フォーユー

② 施設・事業所情報

名称：障害者支援施設いきいきの郷	種別：障害者支援施設
代表者氏名：施設長 朝妻 智代子	定員（利用人数）：50名
所在地：山形県山形市大字成安425番地2	
TEL：023-681-4769	ホームページ： http://kagayakinokai.or.jp
【施設・事業所の概要】	
開設年月日：平成9年4月1日	
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人輝きの会	
職員数	常勤職員：39名 非常勤職員：7名
専門職員	介護福祉士 24名 管理栄養士 1名
	社会福祉士 1名 理学療法士 1名
	看護師 5名
施設・設備 の概要	1人部屋 9室（18㎡） 食堂、浴室、便所
	1人部屋 15室名（16㎡） 静養室、相談室
	2人部屋 14室（23㎡） 医務室、機能回復訓練室

③ 理念・基本方針

<p>【理念】 輝きの会は、3つの大切を守ります。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 人を大切にします。 2. 地域を大切にします。 3. 職員を大切にします。 <p>【基本方針】 法人の理念に基づき、障害者総合支援法及び関係法令を遵守し、透明性を堅持した健全かつ活力ある経営に努めます。また、基本的人権を尊重し、利用者一人ひとりのその人らしい生活を支援し、職員の自己研磨に努め、専門的な知識、技術価値観を持って利用者に良質で安全、安心、快適なサービスを提供します。</p>

④ 施設・事業所の特徴的な取組

<ol style="list-style-type: none"> 1. 生活介護 60名のうち 10名は山形市内を中心とする在宅で生活されている方の日中の生活の場となっております。 2. 給食は地産地消の献立を多く取り入れ、バイキングや選択メニューは利用者にも好評であり、楽しみなものに繋げ取組んでいます。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成 30 年 8 月 1 日（契約日） ～ 平成 30 年 11 月 22 日（評価結果確定日）
受審回数(前回の受審時期)	0 回（平成 年度）

⑥総評

◇特に評価の高い点

1、利用者を尊重した個別支援について

地域交流型総合福祉施設の 4 階に障害者支援施設として開設され、利用者一人ひとりの希望を定期的に聴き取り、外出したい(映画鑑賞・サッカー観戦・ショッピングなど)には福祉タクシーや有償ヘルパーなどを利用して実施し、また、趣味活動では茶道・絵画・書道・カラオケ・塗り絵・料理などその人らしく過ごしている様子が見られます。利用者集会では生活に関するルールなどを話し合っ、利用者の気持ちを尊重した生活ができるよう個別支援計画などにも反映させ支援しています。

2、災害対策について

法人で災害対応の体制を確立し、総合防災訓練や図上訓練、障害者支援施設独自としてもフロア内の避難や非常食を体験するなど様々な方法で訓練を行い、日頃から防災に対する意識を高めています。居室の入り口には利用者の障害に合わせた非常時の対応や避難方法をわかり易く明記し、安全に避難できるように取り組んでいます。災害時は地域の自衛消防団が駆けつけてくれる協力体制も築かれ、備蓄はリストにして備え、利用者の安全を確保できるよう一丸となり取り組んでいます。県内 5 障害者支援施設と災害時の利用者の受け入れについて協力協定を締結しています。

◇改善を求められる点

1、利用者のプライバシー保護について

入浴・排泄など生活場面で介助する際の配慮や設備面の工夫はされているが、プライバシー保護等の規程・マニュアル等が整備されていないので、標準的な実施方法も含め今後の取組に期待します。

2、利用者満足の向上について

2 ヶ月に一度利用者集会を開催し、行事の連絡や行事に関しての感想を聞いているが、満足を把握するための取組には至っていません。生活全般の満足に関する調査（アンケート）など、仕組みの整備に期待します。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回、第三者評価は初受審でしたが、一つ一つ自己評価を行うことにより、改めて今まで取り組んできた成果を客観的に見ることができました。その中で、自分たちに足りないものを再認識できる良い機会となりました。

今回の受審を通して、今後の課題として得られた内容については解決に向けアプローチを重ねていくとともに、障がい福祉サービスの質の向上に努めていきたいと思えます。

⑧評価細目の第三者評価結果

別紙のとおり

【共通評価項目】

評価細目の第三者評価結果

※すべての評価細目（45項目）について、判断基準（a・b・cの3段階）に基づいた評価結果を表示する。

※評価細目毎に第三者評価機関の判定理由等のコメントを記述する。

評価対象Ⅰ 福祉サービスの基本方針と組織

Ⅰ-1 理念・基本方針

		第三者評価結果
Ⅰ-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。		
1	Ⅰ-1-(1)-① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	b
<コメント> 法人理念を施設理念とし障害者支援施設の基本方針を事業計画書に明文化し、利用者・家族等は利用者集会や家族連絡会で周知している。職員には年度はじめに事業計画の重点目標に沿った説明を行い理念の実現に向け取り組んでいる。		

Ⅰ-2 経営状況の把握

		第三者評価結果
Ⅰ-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
2	Ⅰ-2-(1)-① 事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	b
<コメント> 福祉動向や報酬改定などの情報の把握をしている。職員は毎月のグループ会議で目標や課題を話し合い半期ごとに評価し、利用者の高齢化・重度化も見据え居住の支援の在り方の課題を踏まえて退院後どう過ごすか、喀痰吸引など医療的ケアなどの検討を行い、利用者が安心して過ごせる支援に努めている。		
3	Ⅰ-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	b
<コメント> 課題について毎月のグループ会議で職員の意見を吸い上げ、施設長・副施設長・主任・副主任の運営会議で共有を図り、さらに法人合同拡大施設長会議において効率化や業務の改善課題分析を行っている。		

I-3 事業計画の策定

		第三者評価結果
I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
4	I-3-(1)-① 中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。	b
<p><コメント></p> <p>平成30年度までの中期経営計画、平成37年度までの長期経営計画を明確にしている。中期経営計画では施設入所者の一人ひとりの自己決定や意思に沿った生活保障という点において利用者から聴き取り、職員はモニタリング時やケア会議で共有を図り「権利」を保障する暮らしの場となるよう努めている。</p>		
5	I-3-(1)-② 中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。	b
<p><コメント></p> <p>中・長期計画を反映し生活介護の土曜・日曜日の利用のニーズの高まりによる365日営業に向け、職員の配置や車椅子対応の送迎車の確保などを検討しており、単年度の計画に反映されている。</p>		
I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。		
6	I-3-(2)-① 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。	b
<p><コメント></p> <p>年度末に支援の振り返りを行い各職員からの意見を取り入れ、施設長・副施設長が次年度の原案を作成し施設運営会議で決定している。職員へは年度はじめのグループ会議で周知を図り、評価・見直しは年度末に実施している。</p>		
7	I-3-(2)-② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	b
<p><コメント></p> <p>事業計画は利用者集会で主な内容の説明を行い、家族等へは冊子を作って家族連絡会で周知を図り、欠席の方には後に配布し施設の理解が得られるよう努めている。</p>		

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

		第三者評価結果
I-4-(1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。		
8	I-4-(1)-① 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。	b
<p><コメント></p> <p>福祉サービスの質向上に向けてグループ会議や理学療法士・看護師・管理栄養士・サービス管理責任者・生活支援員の各職種ごとの会議で話し合われている。この度の第三者評価受審にあたり各委員会・グループ単位で自己評価し、施設長・副施設長・統括主任・サービス</p>		

管理責任者で合議を行っている。		
9	I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取り組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。	b
<p><コメント></p> <p>第三者評価受審に向けて自己評価から見えてきた課題や気づきを文書化し共有を図り、福祉サービスの質向上に繋げる今後の取組に期待したい。</p>		

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価結果
Ⅱ-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。		
10	Ⅱ-1-(1)-① 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。	b
<p><コメント></p> <p>施設長は自らの役割と責任について運営規程、職務・業務分担表に明示して、施設独自の広報紙に掲載し表明している。平常時のみならず有事の際に不在時の権限委任なども明確にしている。</p>		
11	Ⅱ-1-(1)-② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。	b
<p><コメント></p> <p>外部研修や各種会議へ出席し福祉分野をはじめ雇用・労働・防災に関する最新の情報を把握し理解に努めている。法令遵守マニュアルを整備し、法人内で全職員を対象にした研修を行い遵守すべき法令の周知に取り組んでいる。</p>		
Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
12	Ⅱ-1-(2)-① 福祉サービスの質の向上に意欲をもち、その取組に指導力を発揮している。	b
<p><コメント></p> <p>年間研修計画を立て職員の参加を促し教育・研修の充実を図っている。グループ会議で話し合っ共有を図り、日々関わる支援での気づきや意見を取り入れサービスに反映できるよう質の向上に向けて指導力を発揮している。</p>		
13	Ⅱ-1-(2)-② 経営の改善や業務の実行性を高める取組に指導力を発揮している。	b
<p><コメント></p> <p>食事や入浴時などの支援が手薄にならないよう人員配置を行い、また、天井走行式リフトや福祉用具等を取り入れ、職員の身体の負担軽減を図っている。働きやすい環境づくりを行い障害者施設としての効率的な業務の実現を目指している。</p>		

Ⅱ-2 福祉人材の確保・育成

		第三者評価結果
Ⅱ-2-(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。		
14	Ⅱ-2-(1)-① 必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。	b
<p><コメント></p> <p>正職員・臨時職員・パート職員で人材確保はできており、社会福祉士・介護福祉士・看護師・理学療法士・管理栄養士等の専門職員を配置している。OJT（職場内訓練）では先輩職員から業務について細かな指導を受け、全体のレベルアップを図っている。</p>		
15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	b
<p><コメント></p> <p>人材の採用・配置・人事異動は法人事務局が行っている。年度末に法人の全職員を対象にした自己申告「職員申告書」の提出があり、施設長による個別面談も随時行われている。</p>		
Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
16	Ⅱ-2-(2)-① 職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取組んでいる。	b
<p><コメント></p> <p>有給休暇・時間休などの希望を勤務表に取り入れ、育児休暇明けの職員には体調に合わせて日勤帯から始めるなどの配慮をして働きやすい職場づくりに取組んでいる。医療機関に委託して職員のメンタルヘルスチェックを実施し、診断をもとに産業医の面談も可能になっている。</p>		
Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
17	Ⅱ-2-(3)-① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	b
<p><コメント></p> <p>施設の外部・内部の年間研修計画に沿って職員一人ひとりの目標を設定している。年度毎に職員の職務・業務分担表を作成し、職務に応じて必要とされる教育・研修に参加している。</p>		
18	Ⅱ-2-(3)-② 職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。	b
<p><コメント></p> <p>専門技術や専門資格取得には法人でも奨励しており、施設の勤務体制などの協力もあり取得後は処遇にも反映している。</p>		
19	Ⅱ-2-(3)-③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	b
<p><コメント></p> <p>内部（施設独自・法人合同）や外部研修には交替で職員全員が参加している。階層別・職</p>		

種別・テーマ別の外部研修会には施設長・副施設長が人選し参加後は報告書を提出して、実技はグループ会議の中で報告され、職員の共有が行われている。		
Ⅱ-2-(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。		
20	Ⅱ-2-(4)-① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	b
<p><コメント></p> <p>実習生受入れに関するマニュアルの整備はないが、毎年高校生・短大生を受入れ、担当職員が学校側と打ち合わせをして実習計画を立てている。利用者は学生を喜んで迎えてゲームなどを一緒に楽しんでいる。</p>		

Ⅱ-3 運営の透明性の確保

		第三者評価結果
Ⅱ-3-(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。		
21	Ⅱ-3-(1)-① 運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。	b
<p><コメント></p> <p>ホームページを開設して法人全体や各施設の基本情報を公開し、また法人合同の広報紙には施設毎の紹介があり、利用者・家族等・関係機関など幅広く配布している。「花火大会見学」や「いきいき祭」では施設を開放して大勢の地域住民に来てもらい、イベントを通して施設の理解に繋げている。</p>		
22	Ⅱ-3-(1)-② 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。	b
<p><コメント></p> <p>会計は法人全体や施設毎に行われており、契約している公認会計士による監査がありアドバイスも受けている。広報紙に毎年度の収支決算書を公開している。</p>		

Ⅱ-4 地域との交流、地域貢献

		第三者評価結果
Ⅱ-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。		
23	Ⅱ-4-(1)-① 利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。	b
<p><コメント></p> <p>法人全体では地元産の米の購入や施設を開放したイベント「花火大会見学」「いきいき祭」には大勢の地域住民の来訪があり、利用者と交流を図っている。施設独自の行事「夏祭り」や「忘年会」には地域ボランティアの協力を得ている。個別支援計画の中で有償ヘルパーや福祉タクシーを利用した個別の外出支援を実施している。</p>		
24	Ⅱ-4-(1)-② ボランティア等の受入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。	b

<p><コメント></p> <p>地域の小学生や中学生の職場見学・職場体験の協力を行っている。ボランティアは受入れており、その都度注意事項などは口頭で説明しているが、統一した項目が記載されたマニュアルの整備を期待したい。</p>		
<p>Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。</p>		
25	Ⅱ-4-(2)-① 福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。	b
<p><コメント></p> <p>関係機関とはその時々での判断で利用者への福祉サービス提供に必要な社会資源と連携を図っている。業務のスムーズな施行のために社会資源のリストを作り、職員の周知を図る取組に期待したい。</p>		
<p>Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。</p>		
26	Ⅱ-4-(3)-① 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	b
<p><コメント></p> <p>法人は地域交流型総合福祉施設として多くの事業を展開し、公益事業の温泉・温水プールは一般の人でも利用が可能であり、体育館も貸出しを行っている。災害時の他施設との連携など活動を広げたいと考えている。</p>		
27	Ⅱ-4-(3)-② 地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われている。	b
<p><コメント></p> <p>障害者相談支援事業所を併設して地域の方からの相談を受け、内容によっては総合福祉施設の強みで法人内他施設を紹介し連携している。法人全体で地区の民生委員・福祉協力員と情報交換して福祉ニーズの把握に努めている。</p>		

評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス

		第三者評価結果
<p>Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。</p>		
28	Ⅲ-1-(1)-① 利用者を尊重した福祉サービス提供について共通の理解をもつための取組を行っている。	b
<p><コメント></p> <p>理念・基本方針に利用者の尊厳を大切にすることを明示している。外部研修への参加や全国身体障害者施設協議会の倫理綱領を基に施設内で勉強会や研修を行い、共通理解を図って利用者に配慮した支援に努めている。</p>		
29	Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	c

<コメント>		
入浴・排泄などの生活場面で介助する際の配慮や設備面での工夫はされているが、プライバシー保護等の規程・マニュアル等が整備されていないので、今後の取組に期待したい。		
Ⅲ-1-(2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意（自己決定）が適切に行われている。		
30	Ⅲ-1-(2)-① 利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。	b
<コメント>		
福祉サービスを選択するための情報は法人のホームページへの掲載や法人の相談支援事業所で情報提供を行っている。希望者には個別に説明を行い見学や一日利用など丁寧な対応に努め、その場の雰囲気慣れてもらえるよう取組んでいる。		
31	Ⅲ-1-(2)-② 福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。	b
<コメント>		
サービスの開始にあたり利用者・家族等に重要事項説明書で分かり易く説明し、利用者の情報収集や分析を行い、サービス担当者会議でプラン内容を説明し、本人・家族等の同意を得て開始している。		
32	Ⅲ-1-(2)-③ 福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。	b
<コメント>		
他の施設への変更はないが、サービス終了後に在宅で過ごす場合は介護保険への移行やショートステイ利用希望の相談に応じ情報提供を行っている。		
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。		
33	Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	c
<コメント>		
2ヶ月に一度利用者集会を開催し行事に関しての感想を聞いているが、生活全般の満足に関する調査（アンケート）などの仕組みの整備に期待したい。		
Ⅲ-1-(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。		
34	Ⅲ-1-(4)-① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	a
<コメント>		
受付担当者・解決責任者・第三者委員を明示して苦情解決の体制は確立しており、詳しい内容のポスターをフロアに掲示し、利用者・家族等には重要事項説明書で説明している。出された意見や苦情の内容によっては利用者集会・家族連絡会で報告している。		
35	Ⅲ-1-(4)-② 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。	b
<コメント>		
利用者が気軽に投函できるよう、今年から「ご意見箱」という名称に変えて施設中央フロ		

アに設置している。10月に開催された家族連絡会では第三者委員から権利擁護について話を聞く機会があり、分かりやすく顔の見える関係作りに配慮している。		
36	Ⅲ-1-(4)-③ 利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。	b
<p><コメント></p> <p>「ご意見箱」は毎月施設長が開封して確認し、できることはすぐ取組んでいる。利用者からの相談は身近に接している担当生活支援員に多いが、職員が回答に迷ったときは上司に相談して直接応えてもらっている。</p>		
Ⅲ-1-(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。		
37	Ⅲ-1-(5)-① 安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。	b
<p><コメント></p> <p>利用者の転倒・誤薬などの事故が起きた場合は事故報告書で早急に職員間で情報共有し、主任を中心に関係職種が事例の要因分析・改善策・予防策を話し合い、利用者の安心・安全な暮らしに繋げている。</p>		
38	Ⅲ-1-(5)-② 感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。	b
<p><コメント></p> <p>うがい・手洗いを励行し、利用者・職員全員がインフルエンザ予防注射を接種して予防に取組んでおり、対応マニュアルは病名別に整備されている。発症した場合は面会の制限や職員出勤時の職員入り口から4階(施設)までのルートを限定して外部から侵入を防ぎ、拡大防止に取組んでいる。</p>		
39	Ⅲ-1-(5)-③ 災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。	a
<p><コメント></p> <p>法人全体での総合避難訓練・図上訓練・施設独自の避難訓練を毎年実施し、総合訓練には地区の自衛消防団の参加協力があり、非常食・毛布等の備蓄をして災害に備えている。居室入り口の表札には利用者個別の非常災害時の避難方法が明記してある。県内5障害者支援施設で災害時の協力協定を締結している。</p>		

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

		第三者評価結果
Ⅲ-2-(1) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。		
40	Ⅲ-2-(1)-① 提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。	b
<p><コメント></p> <p>標準的な実施方法は介護業務マニュアルも含めて文書化され、支援室等でいつでも確認はできるが、職員一人ひとりの周知度を図る仕組みまでは至っていない。</p>		

41	Ⅲ-2-(1)-② 標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している。	c
<p><コメント></p> <p>個別支援計画は適宜、検討し変更は行われているが、職員全体での見直しや検証する仕組みができていないのでPDCA（計画・実施・評価・見直し）の活用に期待したい。</p>		
Ⅲ-2-(2) 適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画が策定されている。		
42	Ⅲ-2-(2)-① アセスメントにもとづく個別的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。	b
<p><コメント></p> <p>フェイスシート、アセスメントシート（日常生活動作、栄養面）による施設の記録用紙を用いて多職種連携のもと聞き取りが行われて、個別支援計画策定責任者により策定している。医師の指示のもと、利用者一人ひとりの機能訓練や生活リハビリ計画を策定し、利用者の希望の実現に取り組んでいる。</p>		
43	Ⅲ-2-(2)-② 定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。	b
<p><コメント></p> <p>3ヶ月に一回、担当職員や管理栄養士も参加して計画・支援内容の検討会を実施し、6ヶ月に一回は利用者も参加してモニタリングを行い要望や意向を確認し、家族等の同意も得て個別支援計画に反映させている。緊急に変更を要する場合の仕組みもできている。</p>		
Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。		
44	Ⅲ-2-(3)-① 利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化している。	b
<p><コメント></p> <p>ケース記録はパソコンで入力し全職員で共有を図っている。内容によっては急ぐ必要のあるもの、伝えるべき相手等情報の分別を行い対応している。個別に連絡することもある。</p>		
45	Ⅲ-2-(3)-② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	b
<p><コメント></p> <p>ペーパーレス化によりパソコンで管理しており、出力したものについては事務所で管理している。個人情報に関する文書は個人情報保護規程に従い、障害者支援事務所で鍵つきの場所に保管している。</p>		